FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1927 N° 5

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

HENRI EMILE GRUBER

né le 11 *août* 1901 *à Wœrth s/Sauer (Bas-Rhin).*

La Simulation de la Folie par les Aliénés

Président: M. PFERSDORFF, PROFESSEUR.

Les Editions Universitaires de Strasbourg
1a, Place de l'Université — Quai du Maire Dietrich, 1
(Foyer Universitaire)
STRASBOURG
R. C. Strasbourg 3677

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1927 N° 5

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

HENRI EMILE GRUBER

né le 11 *août* 1901 *à Wœrth s/Sauer (Bas-Rhin).*

La Simulation de la Folie par les Aliénés

Président: M. PFERSDORFF, PROFESSEUR.

Les Editions Universitaires de Strasbourg
1a, Place de l'Université — Quai du Maire Dietrich, 1
(Foyer Universitaire)
STRASBOURG
R. C. Strasbourg 3677

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... MM. WEISS C. ✻ ✪ I.
Assesseur ..... MERKLEN ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✪ I.
Histologie		BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie		SCHAEFFER ✪ A.
Physique biologique		WEISS C. ✻ ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		AMBARD ✻ ✪ I.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✻ ✪ A.
Médecine légale		CHAVIGNY O. ✻ ✪ I.
Clinique médicale		MERKLEN ✻ ✪ I. BLUM Léon ✻ ✪ A.
Clinique chirurgicale		LERICHE O. ✻ ✪ I. STOLZ ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique		DUVERGER ✪ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✻ ✪ A
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✪ I.
Clinique neurologique		BARRÉ ✻ ✪ A.
Clinique gynécologique et accouchements		SCHICKELÉ ✻ ✪ A
Clinique Infantile		ROHMER ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT ✪ A.

Chargés de cours et Agrégés :

MM. ARON Max ✪ A.
BELLOCQ ✪ A.
BLUM (Paul) ✻ ✪ I.
BOEZ ✪ A.
FONTÈS
GELMA ✪ A.
GÉRY ✪ A.
GUNSETT ✻ ✪ A.
HANNS ✻ ✪ A.
MM. HUMBERT ✪ A.
KELLER ✪ A.
LICKTEIG ✪ I.
REEB ✪ A.
SCHWARTZ ✪ A.
SIMON
VAUCHER ✪ A.
WEILL ✪ I.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

en témoignage d'affection et de reconnaissance

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES PFERSDORFF

Directeur de la Clinique Psychiatrique
de l'Université de Strasbourg

à qui je dois l'idée de ce travail et dont l'aide efficace m'en a facilité la réalisation.

Témoignage de vive reconnaissance et de profond respect.

La simulation de la folie a été considérée de tout temps par les anciens auteurs comme extrêmement fréquente et cette opinion a été traduite par le célèbre médecin légiste Zacchias dans les termes suivants : « Nullus morbus facilius et frequentius simulari solet quam insania ».

Il n'en est plus de même aujourd'hui, s'il faut en croire les auteurs actuels, d'après lesquels les tentatives de simulation de la folie ne se rencontrent que très rarement de nos jours, ce qui tient surtout aux progrès réalisés en matière de psychiatrie, par rapport au passé, où beaucoup de psychoses avaient été prises pour de la simulation.

Il faut imiter tant de choses pour simuler la folie, il faut connaître de si minutieux détails, que rarement on peut montrer dans cette tâche la persévérance qu'elle devrait comporter.

Aussi ce genre de simulation ne s'observe-t-il en général que chez des individus, qui ont intérêt à simuler un état d'aliénation mentale, afin d'échapper à une peine ou à une condamnation qui les menace.

On doit se rappeler aussi qu'il est des individus, dont l'état mental est très difficile à caractériser et peut laisser des doutes dans l'esprit du médecin, chargé d'en faire l'observation ; tels sont les dégénérescences dans toutes leurs formes, qui côtoient, pour ainsi dire, les limites de la folie et de la raison.

Etant donné en outre que les symptômes des psychoses constitutionnelles ne diffèrent du psychisme « normal » très souvent que par le degré d'intensité des phénomènes, il est clair que la taxation de cette différence d'intensité est excessivement difficile et délicate.

Il faut qu'elle tienne compte du milieu social, régional et surtout de la race du sujet ; ce qui chez nous serait déjà une émotivité morbide peut encore être considéré comme normal chez un Italien par exemple.

Comme nous avons dit plus haut, la simulation de la folie est considérée actuellement comme extrêmement rare, à tel point que certains auteurs s'accordent à prétendre qu'elle n'existe pas chez les sujets absolument sains, mais qu'elle ne se retrouve que chez des personnes atteintes d'anomalies psychiques, telles que les dégénérés, voire même chez les aliénés confirmés.

Nous avons déjà relevé que certains individus simulent, parce qu'ils ont de l'intérêt à passer pour fous ; cette psychologie est encore compréhensible, mais quand il s'agit d'aliénés vrais qui prennent recours à la simulation, le mécanisme psychologique est de nature bien plus compliquée.

C'est à l'étude de ce mécanisme que doit être consacré notre travail.

Considérons d'abord les avis des différents auteurs

qui se sont intéressés à la question de la simulation de la folie par les aliénés.

A ce sujet nous reproduirons d'abord quelques passages d'un travail sur la simulation qu'a publié le professeur Wille de Bâle :

« Dans ma vaste pratique médico-légale », dit l'auteur, « je n'ai pas trouvé un seul cas de trouble mental simulé chez un homme, dont l'état mental fut réellement normal.

Les gens qui ont recours à ce genre de supercherie sont toujours entachés d'épilepsie, d'hystérie, d'alcoolisme ou de prédispositions névropathiques héréditaires.

Je partage donc l'opinion du plus grand nombre des médecins de la spécialité, opinion d'après laquelle la simulation de la folie par une personne absolument saine d'esprit doit être considérée comme une rareté tout à fait exceptionnelle ».

Féré écrit dans la Revue de Médecine :

« La simulation de la folie n'existe guère que chez les prédisposés, parfois même chez les aliénés confirmés ».

On se fait en effet difficilement à l'idée qu'un aliéné puisse être capable de semblables manifestations volontaires. L'expérience psychiatrique démontre pourtant que ces faits existent et peuvent se rencontrer. Voici d'ailleurs comment s'exprime à cet égard Griesinger :

« La constatation du fait de la simulation n'est nullement une preuve certaine que l'individu jouisse de toute sa raison. Quelquefois les aliénés eux-mêmes simulent la folie et il y a même pour eux un certain plaisir morbide évident à simuler ainsi ».

Baillarger cite le cas d'un malade qui avait beaucoup embarrassé les médecins-experts, lesquels, après trois mois d'examen, n'avaient pas osé déclarer qu'il fût aliéné, ni affirmer qu'il fût sain d'esprit. Or ce malade, après avoir entendu pendant deux heures son avocat plaider pour lui la question de folie, fit des tentatives de simulation qui ne prouvaient rien contre l'existence de l'aliénation.

Une autre observation publiée par l'auteur concerne une femme qui, accusée de violence sur une de ses filles, avait manifesté subitement des signes de folie quelques heures avant le jugement. Elle avait les manières d'un enfant, le rire niais ; elle prétendait ne pas reconnaître une montre, des pièces de monnaie ; en même temps elle affectait les gestes les plus bizarres. Cette femme aurait eu auparavant plusieurs accès de folie et elle s'était aperçue que sa mémoire avait peu à peu diminué ; souvent on l'avait surprise riant et pleurant sans motif. Les mêmes scènes de simulation se sont renouvelées à plusieurs reprises : Appelée dans le cabinet du médecin, elle perdait tout à coup toute notion, toute idée, arrivant ainsi au dernier degré de la démence ; quand on lui adressait les questions les plus simples, elle feignait de chercher, puis répondait d'un air niais, qu'elle ne savait pas ; elle ne savait plus compter jusqu'à trois, riait ou sanglotait sans motif. Visitée par les experts quelque temps après, elle répondait toujours avec précision et demandait instamment à être jugée. Les médecins-experts crurent pouvoir conclure que l'accusée, qui avait simulé à plusieurs reprises un état d'imbécillité dans le but évident de donner plus de force à l'excuse de folie

qu'elle invoquait, était réellement atteinte d'aliénation mentale. Malgré ces constatations elle fut condamnée au maximum de la peine.

Un cas analogue est cité par Leppmann :

Il s'agit d'un campagnard de 39 ans, fortement entaché d'hérédité, présentant un arrêt de développement des facultés mentales et ayant eu dans sa jeunesse une maladie aiguë du cerveau. Inculpé d'homicide, il est atteint, après avoir avoué, de mélancolie stuporeuse qui dure un an ; c'est alors que le malheureux simule la démence avec amnésie des faits récents. Il est condamné, mais bientôt un nouvel accès de stupeur anxieuse, qui persiste pendant quelques mois, entraîne son internement à l'asile d'aliénés, comme on avait la conviction qu'il ne s'agissait plus en ce moment ni de simulation ni d'exagération.

Fuerstner, en parlant des criminels simulateurs, admet qu'une fraction d'entre eux comporte aussi des personnes atteintes d'anomalies psychiques et qu'une autre fraction plus petite est relative à des individus ayant été jadis aliénés une fois, mais franchement et exclusivement simulateurs à l'époque de l'observation.

D'après Krell, l'opinion est très erronée de croire que la simulation ne s'observe que chez des gens raffinés et sains d'esprit et l'auteur est tout à fait de l'avis de ceux qui affirment que la simulation et la maladie mentale ne s'excluent pas.

Traitant les difficultés du diagnostic de la simulation, Henrik (Norvège) conclut que la difficulté la plus grande n'est pas celle d'établir que tels symptômes sont simulés ou non, mais que c'est un sujet sain d'es-

prit qui en est l'auteur et non un aliéné ; l'expérience montre en effet d'une façon évidente que la plupart des simulateurs sont en même temps atteints d'aliénation mentale, ou la confinent de très près, ce qui a amené Lasègue à s'exprimer de la façon suivante : « On n'imite bien que ce qu'on a ».

Marandon de Montyel cite le cas d'une femme qui était inculpée d'avoir voulu tuer son enfant âgé de 4 ans. Après avoir d'abord avoué son crime, elle nia tout dans la suite et finit par faire des dépositions très contradictoires, de sorte qu'elle fut envoyée en observation dans un asile d'aliénés. Là elle se montrait dépressive et anxieuse, commençait à devenir agitée à la vue des médecins et cherchait à imiter la conduite des malades de son entourage. Vu ces tentatives de simulation, qui devenaient évidentes par leur exécution grossière et maladroite, vu d'autre part les antécédents très chargés de l'accusée, qui avait souffert de psychose dans sa jeunesse et qui avait souvent frappé l'entourage par sa conduite singulière et les propos incohérents qu'elle proférait, on conclut à la simulation chez une malade atteinte d'aliénation mentale (mélancolie). Elle ne fut pas condamnée, mais renvoyée à l'asile, où elle recommençait ces tentatives de simulation chaque fois qu'elle se croyait observée.

Krafft-Ebing qui s'est intéressé particulièrement à cette question de simulation de la folie, ne nie pas que des aliénés exagèrent dans certains cas les troubles qu'ils présentent ou qu'ils cherchent à ajouter, aux fins de la simulation, des symptômes morbides à l'état d'aliénation mentale existant chez eux. D'après lui la question de la simulation pure ne peut être tranchée

qu'après avoir fourni la preuve de l'intégrité des facultés mentales du simulateur en question.

Cette opinion est aussi partagée par d'autres auteurs, tels que Wernicke, Moeli, Sommer qui disent que la plupart des simulateurs envoyés en observation dans les asiles, sont en effet atteints de maladie mentale et que la simulation pure et simple n'existe que très rarement sans maladie mentale ou débilité coexistantes, de sorte que le diagnostic de simulation simple ne peut être posé qu'avec prudence.

Rosenbach de St-Pétersbourg relate le cas d'un matelot qui était accusé de meurtre. Pendant son séjour à la prison il frappait les personnes de son entourage par son état d'indifférence complète, entrecoupé parfois de périodes d'agitation déclenchées ordinairement par l'arrivée du médecin. Il y avait des journées, où il était très bien accessible, répondant d'une façon correcte aux questions posées ; une autre fois il ne réagissait à aucune question, donnait des pararéponses et niait tout ce qu'il avait concédé auparavant concernant son crime. Les preuves de la simulation étant évidentes, on conclut qu'il s'agissait de simulation par un catatonique, ce qui fut confirmé dans la suite.

Dans son travail sur la simulation des troubles mentaux Bischoff insiste sur le fait que les aliénés vrais sont aussi capables de simuler la folie, en première ligne ceux qui se trouvent dans un état passager de lucidité d'esprit, tels que les sujets atteints de paranoïa, de psychose périodique, d'hébéphrénie ou de paralysie générale.

Peretti et Zetlin concordent à dire que la simulation

pure sans base pathologique est très rare et qu'elle n'exclut pas l'aliénation mentale. Il existe en effet de nombreuses formes transitoires allant de la simulation à la folie, où les éléments des deux se rejoignent pour former un seul tableau clinique, de sorte que la simulation pure doit être considérée comme une rareté.

Fritsch partage cette opinion et l'exprime de la façon suivante :

« Avec la simulation il est fréquent de voir coïncider un degré plus ou moins marqué d'aliénation mentale pouvant montrer des particularités qu'on ne rencontre pas très souvent et qui pour cette raison peuvent échapper facilement aux investigations du médecin-expert, ce sont surtout des aliénés criminels qui ajoutent à des symptômes déjà existants de maladie mentale un certain nombre d'autres symptômes, afin d'induire en erreur l'entourage et le médecin chargé de leur examen ».

En même temps il cite le cas de différents individus, dont l'un était atteint de délire de persécution, l'autre de démence consécutive à un coup d'apoplexie, qui avaient fait des tentatives de simulation de ce genre. Il conclut en disant que la simulation de la folie est rare chez des sujets à facultés mentales intactes et qu'elle semble reposer sur une base pathologique.

Schütte avait l'occasion d'observer un homme qui avait déjà fait auparavant un séjour de 13 mois dans un asile d'aliénés. Accusé de différents délits, il avait attiré lui-même l'attention des juges sur les troubles mentaux constatés chez lui. Après avoir été d'abord bien accessible, lucide, cohérent, il commençait à

manifester, peu avant les débats, des signes d'aliénation mentale caractérisés par un état d'indifférence et d'aboulie complètes ; en même temps il était complètement inaccessible et ne réagissait pas aux questions posées. Transféré dans un asile aux fins d'observation, le malade ne changeait guère de conduite ; mais il n'était pas rare qu'il avait des journées, où il était bien accessible, lucide, répondant d'une façon correcte à toutes les questions ; en général il mangeait d'une façon irrégulière et s'intéressait peu à l'entourage. Devant les jurés l'accusé retombait de nouveau dans l'état de démence complète qu'il avait montré durant son séjour à la prison, il niait sans cause apparente et ne donnait aucune réponse ; mais la veille des débats il changeait complètement d'attitude et ne manifestait plus aucun signe d'aliénation mentale. L'inculpé fut condamné dans la suite, mais renvoyé bientôt à l'asile avec le diagnostic de catatonie. Vu l'évidence des tentatives de simulation faites par le malade, il n'y avait pas de doute qu'il s'agissait en ce cas de simulation de troubles mentaux par un aliéné confirmé.

Kraepelin, parlant des difficultés de ce diagnostic, avoue qu'il est devenu de plus en plus sceptique dans l'appréciation de la question : « simulation ou psychose?», ayant vu entrer en démence un grand nombre de simulateurs qu'il avait eu l'occasion d'examiner auparavant. C'est pourquoi il insiste sur la nécessité d'un examen répété de ces anciens simulateurs.

Dans son étude médico-légale sur la simulation de la folie, Laurent revient sur certains cas spéciaux qui, au point de vue médico-légal, offrent, d'après lui, une importance toute particulière. Il s'agit de la si-

mulation de la folie par d'anciens aliénés ou par de véritables aliénés.

« Certains aliénés », dit-il, « dans les établissements spéciaux ou dans les asiles, entendent les médecins faire devant eux des explications sur différents symptômes de la maladie. Ils se mettent à simuler ces phénomènes soit pour dérouter le médecin soit pour se rendre intéressants. Ils éprouvent du contentement à se créer de toutes pièces des hallucinations qu'ils décrivent à leur manière soit verbalement soit dans des écrits fort longs. Cette sorte de simulation ne saurait avoir une durée très longue et par conséquent tarder à être reconnue ».

Nous arrivons maintenant à la première des deux observations qui font l'objet de cette étude:

Dans la nuit du 30 au 31 août 1908 la femme S.-Marie-Rosalie, âgée de 44 ans et demeurant à Régisheim, fut trouvée assassinée dans son logement. Les soupçons se portèrent immédiatement sur un nommé S. Georges, cultivateur, âgé de 24 ans, habitant la même commune, la police ayant trouvé sur les lieux du crime l'enveloppe d'une lettre portant son adresse complète. En outre, il avait été vu par un voisin, le matin du 31 août, quittant la maison de la victime et passant à côté du témoin en le saluant.

Arrêté immédiatement, S. nia d'abord et, afin de dissiper les soupçons qui pesaient sur lui, donna des détails précis sur ce qu'il prétendait avoir fait la nuit du crime ; mais le lendemain il finit par avouer avoir accompagné dans la maison de la victime, qu'il savait absente, un jeune homme, inconnu, qu'il désignait être le coupable en donnant la version suivante :

Après avoir franchi le mur qui entoure la maison, ils auraient pénétré par une fenêtre, puis son compagnon aurait fouillé tout le logement pour trouver de l'argent. Sur ces entrefaites Mlle S serait rentrée chez elle et aurait été assom-

mée sur le seuil de la porte par l'inconnu avec un manche à balai, tandis que lui-même se serait tenu à l'écart ne jouant en somme que le rôle de spectateur inactif. Finalement ils auraient quitté la maison par la fenêtre sans y avoir trouvé de l'argent.

Le 2 septembre l'accusé fit un aveu complet en disant qu'il avait inventé le récit donné la veille concernant l'inconnu, et que lui seul avait tué Mlle S. qui l'avait surpris dans son logement en train de chercher de l'argent. Quant au reste il donna un récit analogue à celui de la veille en ajoutant, qu'en la frappant, il avait seulement voulu étourdir sa victime. Il aurait bu le soir du crime, lors de la fête du village, six quarts de bière et un litre de vin ; après il se serait rendu dans le bois de Merxheim tout en regardant les étoiles, qui l'intéressaient toujours beaucoup et c'est après son retour qu'il aurait pris la résolution de s'emparer de l'argent de Mlle S. qu'il avait rencontrée au courant de la soirée.

Le 3 septembre S. raconta qu'il avait guetté sa victime dans sa maison afin de la forcer à lui indiquer l'endroit où se trouvait son argent ; en même temps il avoua n'avoir trouvé qu'une somme de 6 Mark environ, qu'il aurait cachés dans le logement de ses parents, où on les retrouva effectivement dans la suite.

Plus tard il prétendit encore avoir reçu cet argent des mains de Mlle S., qu'il avait tuée ensuite, de peur d'être dénoncé par elle.

L'interrogatoire de l'accusé révéla en outre qu'il avait dérobé à son père 100 Mark en or deux jours avant le crime, pour les donner à une bohémienne, qui lui avait prédit l'avenir.

Quoique l'enquête judiciaire eût trouvé inexactes les assertions de Siffert concernant l'absorption d'alcool avant le crime, il persista dans ses affirmations, mais finit par concéder, qu'il n'avait rien bu, en ajoutant qu'il croyait être frappé par le fait de l'absorption d'alcool d'une peine moins sévère.

Quant aux renseignements fournis sur la famille et quant aux antécédents héréditaires et personnels de l'accusé il ressort ce qui suit :

Tandis que le père passe pour un homme laborieux, jouissant

d'une bonne renommée et d'une bonne santé, la mère est considérée par les personnes de son entourage comme un personnage singulier ne paraissant pas jouir de toutes ses facultés mentales.

Dès sa jeunesse elle s'isolait souvent, ne voulant pas manger à table avec sa famille et restant des heures entières dans un mutisme complet. Souvent elle ne se couchait pas la nuit, qu'elle passait alors assise sur une chaise et appuyant sa tête sur une table ; en outre elle était très émotive, facilement irritable, se disputant souvent pour un rien avec les membres de sa famille.

Quant à l'accusé lui-même, il a toujours été d'après ce que dit son père, d'un caractère bizarre et d'une conduite singulière :

Dès sa jeunesse, où il souffrait de convulsions, il était bon à ne rien faire ; il n'apprenait rien à l'école et se montrait toujours inapte au travail, partout où on l'employait. Mais ce qui frappait surtout l'entourage c'est qu'il quittait souvent subitement son travail sans cause et qu'il se promenait dehors pendant des journées et même des nuits entières ; quand il devait accompagner son père aux champs, il le suivait toujours à une certaine distance, évitant de marcher sur la route, mais passant à travers champs et traversant les rivières ; aux repas il refusait souvent toute nourriture pour en demander après; parfois on l'observait, pendant les promenades qu'il faisait par n'importe quel temps ou en pleine nuit, subitement éclater d'un rire et se sauver, comme s'il était persécuté ; de plus il mettait souvent ses habits d'hiver en été et ses habits d'été en hiver. Un autre témoin qui passe dans son village pour un original et que S. fréquentait beaucoup, donne les renseignements suivants sur l'accusé.

Connaissant l'inculpé depuis sa jeunesse, il avait toujours eu l'impression qu'il était bon garçon, mais à l'occasion facilement irritable et très émotif. Depuis 2 ans il aurait changé de caractère, serait devenu superstitieux et aurait fréquenté des bohémiens et des cartomanciennes. Il aurait travaillé d'une façon très irrégulière, détestant les travaux pénibles et cherchant toujours les moyens d'acquérir de la fortune le plus vite possible et sans la moindre peine.

Le témoin ajoute que S. n'aimait pas être en société, mais qu'il préférait s'isoler des autres et prendre journellement des notes sur tout ce qui l'intéressait. Les renseignements fournis par les deux instituteurs, chez lesquels S. allait en classe, sont assez divergents : Tandis que l'un deux avait remarqué qu'il était d'un tempérament très vif, difficile à contenir, sans toutefois faire preuve de méchanceté, qu'il était assez bien doué, considérant cependant l'enseignement comme quantité négligeable, l'autre lui attribuait un entêtement marqué et souvent une grande brutalité. Après sa sortie de l'école, Siffert travailla durant 2 1 /2 ans dans une fabrique, puis à la campagne, mais d'une façon très irrégulière ; il se rendit ensuite chez ses parents, chez lesquels il travaillait un certain temps et qu'il quittait à plusieurs reprises sous prétexte de chercher du travail ailleurs ; mais il revenait toujours chez eux après peu de temps.

L'accusé lui-même a fait, pendant l'instruction, plusieurs fois des remarques qui témoignent d'un état mental tout particulier :

C'est ainsi qu'il ne cessait pas de répéter qu'il avait agi, lors de l'exécution du crime, dans un état de confusion mentale et qu'il ne se rendait plus du tout compte, à l'heure actuelle, d'en avoir été l'auteur. Il prétendait en outre que sa faiblesse générale l'empêchait de fournir un travail continu et que les troubles, dont il se plaignait à ce moment, tels que malaise, céphalées, absences momentanées, étaient la conséquence d'une frayeur qu'il avait eue à l'âge de deux ans. Dans une lettre adressée à ses parents il dit qu'il n'a jamais joui d'une santé parfaite et que, depuis deux ans, ses idées étaient confuses et ses actions en conséquence.

« Ich lebte immer traurig hin und her, schwach und Zerstörung im Geist ».

Revenant sur les faits qu'on lui reproche, il les regrette profondément et ne peut pas comprendre comment il a pu les commettre :

« Ich habe das in der grössten Dummheit getan, bitte deswegen um Verzeihung ».

L'inculpé qui devait comparaître devant les assises le 4 décembre 1908, fut déclaré suspect de maladie mentale et en-

voyé le 14 décembre 1908 en observation à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg, où il fit un séjour de quatre semaines.

Pendant son séjour à la clinique, S. était calme, mais se montrait toujours anxieux et inquiet de l'avenir. Bien orienté quant au lieu et au temps, il contestait toutes hallucinations ou idées délirantes, mais accusait fréquemment des douleurs abdominales à caractère variable, accompagnées d'une sensation de malaise.

L'examen corporel de l'inculpé, qui se trouvait dans un état de nutrition médiocre, ne releva rien de particulier sauf un certain degré de cataracte congénitale avec astigmatisme. Les pupilles, légèrement dérondies et inégales réagissaient bien à la lumière et à la convergence ; les réflexes cutanés et tendineux étaient normaux.

Lors des différents examens il se montrait toujours très maladroit et faisait semblant de ne pas bien comprendre ; en calcul il donnait parfois des réponses fausses et très divergentes :

$2 \times 4 = 8$	$6 \times 8 = 42$	$20 + 11 = 21$
$3 \times 5 = 15$	puis 47	puis 31
$4 \times 6 = 24$	puis 48	$26 + 14 = ?$
$5 \times 7 = 35$	$12 \times 13 = ?$	$20 + 38 = ?$

et quelques jours après :

$4 \times 6 = 23$
$5 \times 7 = 32$
$6 \times 8 = ?$

Dans l'interprétation des proverbes il répondait d'une façon variable :

1. Aller Anfang ist schwer.

Int. : Der Anfang ist schwer, mehr weiss ich nicht.

2. Unrecht Gut gedeihet nicht.

Int. : Unrecht Gut tut nicht gut.

3. Wie der Herr so der Knecht.

Int. : Wie der Herr ist, so soll der Knecht sein.

Le 28 décembre S. raconta qu'il avait eu les dernières années l'habitude de prendre chaque jour des notes sur tout ce qui l'intéressait, en se servant d'une écriture secrète, et qu'il avait souvent copié des préceptes et des formules d'un

vieux livre de médecine qui lui était tombé entre les mains. Le carnet en question contenait en effet nombre de signes cabalistiques et des notes faites suivant une écriture spéciale propre au malade ; d'après les constatations d'un expert, il y parlait surtout de trésors, d'or, de bohémiens et de cartomanciennes, dont suivaient les adresses. Il prétendait aussi avoir été longtemps en relation avec une bohémienne, qui lui avait promis de lui indiquer l'endroit où se trouvait caché un trésor de plus de 80 000 Mark, moyennant une récompense de 100 Mark en or ; c'est cette somme que l'accusé a dérobé plus tard à son père.

Interrogé ultérieurement à ce sujet, S. ne veut plus se rappeler certains détails qu'il avait décrits auparavant d'une façon très précise et se contredit souvent ; c'est ainsi qu'il nie avoir volé de l'argent à son père, mais le concède tout de suite après. Il en est de même, quand on l'interroge au sujet du crime lui-même, où il répond toujours d'une façon évasive et parfois confuse aux questions qui lui sont adressées.

En même temps il parle d'obsessions qui le poussent parfois à certains actes et auxquels il lui est impossible de résister ; il prétend également, et ceci contrairement à ce qu'il avait dit avant, qu'il était des fois sujet à des crises de folie furieuse avec amnésie consécutive, quand on l'irritait trop.

A l'examen du 9 jan. 1909 il fait semblant de ne plus être orienté quant au lieu et d'ignorer la cause de son internement ; de plus il ne sait pas répondre aux questions les plus élémentaires, qu'il ne fait que répéter ; en même temps il ne cesse pas d'affirmer que son esprit est parfois troublé, qu'il se porte mal et qu'il regrette son crime.

Calcule très mal ce jour :

$2 \times 3 = 6$ $15 + 7 = ?$ $15 - 7 = ?$ $8 : 4 = ?$
$7 \times 8 = ?$ $5 + 8 = ?$ $13 - 2 =$ ich kann es schriftlich besser.
$7 \times 5 = ?$ $4 + 6 = ?$ $8 - 3 = ?$
$4 \times 6 = ?$

Les automatismes (prières, notre père) sont bien fournis, mais il ne sait énumérer que très péniblement les chiffres de 1-10 et pas du tout les chiffres dans le sens contraire (de

10-1). Comme l'accusé continue à persister dans sa conduite confuse, les médecins présents à la salle d'examen se mettent à raconter le crime, tout en lui donnant à dessein une autre version que celle donnée par l'inculpé ; mais ils sont immédiatement interrompus par celui-ci, qui met les choses au point d'une façon assez énergique. A la dénomination des couleurs, il désigne chaque fois une couleur fausse, mais avoue après qu'il s'est trompé et les reconnaît alors d'une façon très correcte.

Il résulte de l'observation de l'accusé, qui se trouvait pendant quatre semaines au service, qu'il ne s'agit pas chez lui d'une des formes connues de maladie mentale, caractérisée par des hallucinations ou des idées délirantes. Se basant sur certains symptômes et sur les renseignements tirés de son passé et sur sa famille, on peut néanmoins affirmer que son état mental n'est pas normal.

Les indications fournies par plusieurs témoins sur la mère de l'inculpé, qui est considérée comme un personnage singulier, ne permettent pas de conclure chez elle à une maladie bien définie, mais laissent reconnaître qu'elle ne doit pas être en possession de toutes ses facultés mentales, ce qui semble également être le cas chez son fils, de sorte qu'on peut parler chez lui de tare héréditaire. Il aurait souffert en outre dans son bas-âge de convulsions, signe d'une constitution névropathique. Pendant son séjour à l'école il a été d'abord d'un tempérament très vif et difficile à diriger, se souciant peu de l'enseignement, pour devenir irritable, entêté et même brutal dans les classes supérieures ; dans la suite il lui était impossible de fournir un travail continu et profitable, de sorte qu'il passait partout pour un individu paresseux, ce qui ne l'empêchait pas de prouver à l'occasion qu'il était aussi capable de travailler et de prêter main forte. Mais ces moments étaient toujours suivis de périodes, où il restait étendu sur son lit pendant des journées entières, et où il ne participait pas aux repas de sa famille.

Tout porte à croire que S. menait la vie d'un rêveur, aspirant à acquérir des richesses, à n'importe quel prix, sans peine ni fatigue : Au lieu de faire son travail, il se promenait souvent dehors, de préférence par le mauvais temps, et passait

des heures à rêver et à regarder les étoiles. Mais c'est surtout par certaines particularités qu'il attirait sur lui l'attention de son entourage : On le voyait souvent quitter subitement le travail, rire sans cause apparente, éviter la compagnie des autres refusant de manger à table avec sa famille. En outre, l'inculpé passait pour très superstitieux, vu qu'il avait l'habitude de consulter des bohémiens auxquels il remettait de l'argent à plusieurs reprises. D'après l'ami intime de S., il a toujours été un individu doux et paisible, mais pouvant devenir très émotif à l'occasion, en plus il a eu les derniers temps, plus que jamais, la tendance de se retirer et de s'isoler de son entourage. Tous les témoins qui ont été entendus s'accordent à affirmer que S. n'est pas atteint de maladie mais de débilité mentale. Cette opinion semble être confirmée par certaines constatations relatives aux circonstances, dans lesquelles le crime a été commis : Le fait que S. laisse à côté de sa victime une enveloppe portant son adresse et qu'en sortant de la maison il salue un témoin, ce qui met ce dernier dans la possibilité de le reconnaître, tout cela fait preuve de peu de réflexion ; il en est de même à l'occasion des examens répétés que le malade avait à subir après son arrestation : chaque position prise par l'inculpé en vue de sa défense est abandonnée par lui sans résistance, pour ainsi dire, et il avoue petit à petit, sans même essayer de motiver les différentes versions données successivement par lui. C'est ainsi qu'il prétend d'abord tout ignorer du crime, pour avouer ensuite qu'il y avait assisté, mais que le grand inconnu y avait joué le premier rôle ; le lendemain il fait un aveu complet en affirmant toutefois qu'il avait bu la veille du crime une quantité assez importante d'alcool sachant bien que ce fait pouvait être de nature à lui procurer des circonstances atténuantes ; mais bientôt il finit par tout avouer, après avoir essayé encore de nier de s'être emparé de l'argent de sa victime.

Se basant sur toutes ces observations, les experts conclurent que S. était atteint de débilité mentale, ce qui n'exclurait pas une certaine ruse et en particulier la faculté de mentir ou de tromper ; il en a usé largement au cours des différents interrogatoires et pendant son internement à la clinique

chaque fois que l'occasion se présentait ; il calculait mal, donnait sciemment des réponses fausses, ce qui devenait surtout évident lors de la désignation des différentes couleurs.

Vu toutes ces tentatives de simulation maladroites, il faut se demander ce qu'il faut tenir des renseignements relatés par l'inculpé lui-même et portant sur son état mental. C'est ainsi qu'il avait répété à plusieures reprises qu'il était incapable de travailler d'une façon régulière depuis qu'il souffrait d'absences et de périodes de confusion mentale ; il avait attribué sa constitution maladive à une frayeur qu'il avait eue à l'âge de deux ans. Sans attacher trop de valeur à toutes ces déclarations, en tant qu'elles aient été faites sous l'influence de la crainte d'une condamnation, on peut néanmoins affirmer que ce n'est pas sa débilité mentale seule qui soit prouvée, mais que toute sa conduite antérieure démontre nombre de particularités qui ne peuvent ressortir que d'un état mental pathologique.

Il ne s'agit donc pas d'un simulateur pur et simple, mais d'un individu qui a essayé d'induire en erreur son entourage d'une manière grossière et compatible avec le degré de faiblesse d'esprit existant chez lui.

La constatation de tels symptômes incompatibles en apparence avec un état mental normal, ne permet pas de conclure à un trouble profond pouvant exclure complètement une activité d'esprit normale, mais engage néanmoins à en tenir compte dans une certaine mesure lors de l'appréciation de la responsabilité du malade.

En résumé on constate chez l'inculpé un manque d'intelligence et de lucidité d'esprit avec tendance aux rêveries mystiques et aux pararéactions ; il vient s'y ajouter une grande irritabilité et une grande inconstance de caractère se manifestant surtout dans sa conduite et dans ses actions qui sont dues pour la plupart à des impulsions subites, et en même temps le désir impérieux d'une vie facile et commode, mêlé d'une superstition insensée.

Tout cela a évolué sur un terrain maladif et prédisposé par l'hérédité, ce que prouvent en première ligne les antécédents héréditaires du côté de la mère, puis les troubles, dont

a souffert l'accusé dans son enfance et enfin certaines malformations congénitales relevées par l'examen corporel.

C'est ainsi qu'il ne semble pas y avoir de doute que S. suivait aveuglément les conseils qu'une personne raffinée lui donnait, en vue de l'accomplissement certain de ses désirs égoïstes, et le fait qu'il dérobait à son père la somme de 100 Mark pour les donner ensuite à la bohémienne, prouve également qu'il n'était pas difficile dans le choix des moyens. Tout porte à croire que ce vol a été pour l'accusé le motif de se procurer de l'argent à n'importe quel prix, afin de réparer la perte d'argent causée à son père et c'est cette version que S. s'efforçait aussi de donner au cours de l'interrogatoire et pendant son séjour à la clinique, tout en niant d'une façon formelle la préméditation du crime.

Il nous reste encore un dernier point à élucider, c'est celui d'examiner jusqu'à quel point les éléments pathologiques que présente le malade ont pu influencer son état mental au moment du crime en l'empêchant de raisonner d'une façon claire et correcte. C'est à ce sujet qu'il importe de relever les dépositions d'un témoin, qui le disait toujours paisible, mais facilement irritable et très émotif à l'occasion. Il semble en avoir été ainsi le soir du crime, lorsqu'il fut obligé par le retour inopiné de Mlle S. d'interrompre ses recherches en vue de trouver de l'argent, de sorte qu'en la tuant, il a agi sous l'influence d'une émotion intense qui mérite d'être envisagée sous un autre jour que chez un individu normal.

Malgré toutes ces considérations et malgré le fait d'un changement de caractère constaté chez S. depuis deux ans, il est impossible de prouver qu'il a exécuté son crime dans un état de confusion mentale ou dans un état crépusculaire pouvant exclure sa libre volonté d'agir. Il existe néanmoins certains points qui permettent de supposer que les faits qui lui sont reprochés, ressortent d'un état d'esprit pathologique, digne d'être apprécié sous un point de vue tout spécial, afin d'établir la responsabilité de l'accusé.

Retransféré dans la prison de Colmar, S. commença bientôt à se comporter d'une façon tout à fait différente que précédemment : Il se montrait calme et indifférent, ne s'intéressait pas à l'entourage, fixait un coin de la chambre

pendant toute la journée et ne répondait plus à aucune question, de sorte que le médecin de prison crut nécessaire une nouvelle observation à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg. C'est là qu'il fit un second séjour de neuf jours. L'examen de son état mental aboutit aux conclusions suivantes :

« Il s'agit chez l'inculpé d'un état passager de surexcitation nerveuse, provoquée par les émotions de l'instruction et de sa situation actuelle, se basant sur le degré de débilité mentale constaté chez lui. Cet état est à considérer comme pathologique et nécessite, malgré l'existence de tentatives de simulation de la part de l'accusé, la suspension temporaire des poursuites judiciaires contre S., qui est atteint actuellement de maladie mentale et incapable de comparaître devant les assises. »

L'affaire fut remise à plus tard et l'accusé transféré à l'asile d'aliénés départemental de Stéphansfeld. A l'asile S. se trouva dans un état de stupeur semblable à celui qu'il avait montré pendant son deuxième séjour à la prison : il restait assis, immobile, les yeux fixés dans le vague, pendant des journées entières, ne réagissait plus vis-à-vis de l'entourage et ne répondait à aucune question. En même temps il était anxieux, aboulique et refusait toute nourriture.

Cet état de stupeur était interrompu de temps en temps par des états d'excitation qui survenaient et cessaient subitement : c'est ainsi qu'il quittait parfois le lit, sautait sur la table, grimpait le long des grilles de la fenêtre, pour se recoucher tranquillement quelques minutes après. Souvent il se levait la nuit pour rester ensuite debout, immobile ; parfois il se couchait par terre à côté de son lit ; en outre il avait la tendance, l'heure des repas venue, à s'emparer de la nourriture des autres malades ce qui nécessitait finalement son isolement. A la visite du médecin il se cachait dans son lit sous les couvertures et se montrait toujours très anxieux lors de son examen corporel, auquel il opposait toujours une grande résistance.

Il n'y avait donc bientôt plus de doute que S. était réellement atteint d'aliénation mentale et le diagnostic de catatonie s'imposait de plus en plus, pour être confirmé dans la suite par l'évolution du cas.

Le malade fut transféré le 22 juin 1912 dans la maison de santé de Hœrdt, après avoir fait un séjour de trois ans à l'asile d'aliénés de Stéphansfeld.

A Hœrdt il se montra complètement désorienté quant au lieu et quant au temps ; il ne savait ni dire d'où il venait ni indiquer la date de sa naissance ; en outre il refusait de lire ou d'écrire, ne savait plus faire les calculs les plus faciles et ne répondait que rarement aux questions qui lui étaient adressées. Bientôt l'isolement du malade s'imposa, parce qu'il se levait la nuit empêchant les autres malades de dormir ; il devenait de plus en plus agité, criait et grimpait le long des fenêtres de la chambre d'isolement.

Dans la suite S. commença à souffrir d'adénopathie du cou, qui nécessitait des interventions chirurgicales répétées ; quelques mois après il fut atteint de bronchopneumonie d'origine tuberculeuse qui s'accompagnait d'un état de cachexie de plus en plus prononcé, entraînant sa mort au bout de quelques semaines.

L'évolution du cas démontre donc clairement qu'il s'agit chez S. réellement d'un criminel atteint d'aliénation mentale, laquelle s'est développée dans l'espace de quelques années, se précisant peu à peu jusqu'à ne plus laisser de doute sur son existence.

Si le diagnostic de catatonie ne pouvait être posé durant son séjour à la clinique, cela tient surtout au fait que S., atteint d'une tare héréditaire, avait toujours manifesté les signes d'une constitution anormale, ressemblant beaucoup à une forme de débilité mentale.

Par contre d'autres symptômes ont frappé à juste titre les médecins chargés de son examen mental : sa tendance à l'isolement et aux rêveries mystiques, les pararéactions constatées chez lui dès son enfance, son indifférence et son inconstance de caractère. Mais tous ces signes ne permettaient pas encore, après son

premier séjour à la Clinique Psychiatrique, de conclure à l'existence d'une psychose et ce ne fut possible que dans la suite lors de son 2e séjour au service, alors qu'il se trouvait dans un état de stupeur.

Le diagnostic de catatonie se précisa, lorsque le malade était à l'asile de Stéphansfeld, où la stupeur s'accentua de plus en plus, alternant avec des paroxysmes d'excitation et des états d'angoisse.

Cet état persista après son transfert à la maison forte de Hœrdt, se développant, jusqu'à sa mort, vers un état de démence totale.

Un fait qui a retenu en première ligne l'attention des médecins, c'est la tendance à l'exagération et à la simulation constatée chez l'accusé, simulation tellement naïve et maladroite, qu'elle ne pouvait résulter que d'un psychisme anormal. C'est déjà lors de l'instruction de l'affaire que le juge, frappé par l'incohérence des assertions de S., ordonne son observation prolongée à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg.

Là S. simule, dans le but évident de jouer l'homme dément, afin de tromper les experts : Il se montre toujours très maladroit lors des différents examens, calcule mal et ne peut pas répondre aux questions les plus élémentaires ; un jour il ne peut plus discerner les différentes couleurs, mais avoue tout de suite après qu'il s'est trompé et corrige son erreur ; en outre il ne cesse d'attirer l'attention des médecins sur certains troubles dont il prétend souffrir, tels que accès de folie furieuse, absences avec amnésie consécutive.

Il est évident que l'accusé met tout en œuvre pour prouver son soi-disant état de démence, qui ne l'empêche cependant pas, l'examen médical terminé, de

jouer aux cartes avec les autres malades et d'y montrer sa supériorité.

La preuve de l'existence d'une maladie mentale chez S. n'ayant pu être donnée lors de son premier séjour au service, on conclut, malgré l'existence d'un certain nombre de symptômes suspects, à la débilité mentale avec tendance à la simulation ; c'est seulement dans la suite que le diagnostic de psychose devient manifeste.

En résumant toutes ces constatations, nous pouvons donc dire que S. a simulé la démence pendant un certain temps, aussi longtemps que son état psychique le lui permettait.

Il s'agit en effet de la forme catatonique de la schizophrénie ; mais, comme la mentalité de S. présentait déjà avant le développement de la psychose évolutive des anomalies marquées, surtout de l'autisme et des pararéactions de la conduite, nous avons à faire à une schizophrénie se greffant sur une mentalité schizoïde, donc la forme que Kraepelin désigne du nom de « Pfropfhebephrenie » (hébéphrénie greffée sur une anomalie constitutionnelle). Ce fait explique en partie les difficultés du diagnostic au début de l'observation.

Observation 2.

Il s'agit d'un accidenté qui a été envoyé, aux fins d'expertise, à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg, la première fois le 28 novembre 1924, la deuxième fois le 16 novembre 1925.

R..., Joseph, âgé de 27 ans, se plaint d'un grand nombre de troubles subjectifs : Céphalées localisées surtout à la région frontale avec irradiations vers l'occiput.

Troubles du sommeil : Dort d'une manière très irrégulière, rêve beaucoup, se réveille fatigué le matin. En même temps émotivité exagérée, ne supporte aucune contradiction. Il accuse en outre des troubles de la mémoire et une lassitude extrême.

Le malade attribue tous ces symptômes à un accident survenu le 29 mars 1922 (un morceau de béton de la grosseur d'un poing lui était tombé sur la tête). Tombé à la renverse, sans connaissance, il a reçu les premiers soins du médecin de l'usine, qui a fait, au niveau de la plaie, une application de teinture d'iode ; le malade prétend que cette teinture d'iode a traversé le crâne et s'est écoulée par le nez et la bouche. Il ajoute que tous ces symptômes ont empiré depuis son séjour à l'asile de Rouffach, où il a été envoyé une première fois pour expertise.

L'examen corporel du malade ne révèle rien de particulier ; le crâne ne montre pas trace d'une lésion. Le système nerveux est intact. Les pupilles rondes, égales, réagissent promptement à la lumière et à la convergence. Tremblement très prononcé des paupières closes et des doigts écartés.

Pas de troubles du langage à constater.

La réaction de Wassermann dans le sang est positive. L'examen de son état psychique donne les résultats suivants : L'orientation est défectueuse : R. ne sait indiquer que le jour et l'année, mais il ignore la date exacte ; orienté quant au lieu.

La mémoire semble troublée. Il ne sait pas indiquer les dates de la durée de la guerre.

1 mètre = 1000 centimètres.

Le calcul est très mauvais :

$3 \times 7 = 21$ $21 - 9 = 12$ $81 : 9 = 9$ $27 + 72 = 99$
$7 \times 13 = 310$ $37 - 15 = 23$ $64 : 8 = 7$ $33 + 44 = 87$
$7 \times 7 = 48$ $41 - 19 = 22$ $49 : 7 = 6$ $31 + 56 = 87$

R. ne sait pas donner l'explication de proverbes très connus. Les associations consistent en simples répétitions du mot provocateur. L'épellation est défectueuse. Les énumérations sont très lacunaires. Les connaissances générales sont au-dessous de l'état social de R.

Vu ses troubles marqués de la mémoire, son émotivité, sa façon d'être, on conclut, malgré l'absence de tous les autres

symptômes organiques nerveux, à une démence organique en voie de développement. Il n'y a surtout pas de troubles du langage, mais la réaction de Wassermann dans le sang est positive ; c'est donc en première ligne la paralysie générale progressive qui entrerait en ligne de compte, de sorte que l'accident invoqué par R. ne saurait être considéré comme cause principale de la maladie.

A côté de ces constatations il y a un autre point qui a retenu notre attention.

C'est la tendance du malade a exagérer les symptômes morbides qu'il présente, dans le but évident d'induire en erreur les médecins chargés de son examen. Le fait le plus saillant parmi les symptômes constatés chez R. est constitué par les troubles de la mémoire qui forment un contraste frappant avec l'inventaire psychique relativement intact du malade ; si ces troubles existaient réellement au point qu'il les présente, il serait incapable de voyager seul et de vivre sans aide d'autrui.

Si on considère en outre toute la mise en scène outrée des symptômes morbides manifestés par le malade en présence des médecins, l'impossibilité de répondre aux questions les plus faciles et le manque de bonne volonté lors des différents examens, il n'y a pas de doute qu'il s'agit de simulation ; mais la façon dont elle est réalisée est tellement maladroite qu'elle doit être considérée comme maladive.

Cette conception semble être confirmée par les indications peu probables du malade relatives à sa blessure « la teinture d'iode qui filtre par la plaie à travers le crâne et dégoutte du nez et de la bouche » et on n'a nullement l'impression que R. invente sciemment ces détails.

Le malade quitta le service le 2 décembre 1924, après avoir refusé de suivre une cure anti-syphilitique.

R. fut renvoyé à la clinique le 16 novembre 1925, en vue d'un nouvel examen.

A côté des symptômes tels que céphalées, insomnie, émotivité et troubles de la mémoire constatés lors de son dernier séjour à la clinique, le malade se plaint de crises épileptiformes avec chute subite, perte de connaissance pendant 3-4 heures et amnésie consécutive. Ces crises se répètent

à des intervalles variant de 1-2 mois et surviennent surtout après des efforts ; elles ne sont pas accompagnées de morsures de la langue ni d'incontinence des urines.

Le malade est orienté quant au lieu et au temps, accessible et cohérent ; il répond aux questions qui lui sont posées tout en affirmant qu'il a mal à la tête ; toutes hallucinations ou idées délirantes sont contestées.

Les énumérations sont mal fournies.

Chiffres impairs de 21 à 1 :

21 −19 −17 −13 −9 −7 −3 −1.

Jours de semaine : d'une façon hésitante.

Rétro : très lentement, oublie le mercredi.

Mois : oublie le juin.

Calcul :

7 × 13 = 91	37 — 15 = 22	36 : 4 = ?	15 + 17 = 33
5 × 12 = 52	25 — 8 = 15	12 : 3 = 4	14 + 7 = 21
4 × 15 = 90	31 — 7 = 24	21 : 7 = 3	34 + 17 = 51

La mémoire est lacunaire ; les connaissances générales défectueuses.

Troubles très marqués du langage.

L'écriture est presque illisible.

A l'examen de l'état corporel on constate que les réflexes cutanés et tendineux ne présentent pas d'anomalies et que la sensibilité est intacte. Les pupilles sont irrégulières, inégales (la droite est plus grande que la gauche) et ne réagissent pas promptement à la lumière, tandis que l'accommodation est intacte (signe d'Argyll-Robertson).

La réaction de Wassermann dans le sang est fortement positive.

Nous n'avons jamais pratiqué la ponction lombaire, puisqu'elle fournit facilement matière à la revendication chez les sinistrés.

Le nouvel examen de R. a donc confirmé qu'il s'agit chez lui d'une affection organique du système nerveux central, qui a déjà été constatée lors de son dernier séjour au service et qui a fait des progrès depuis, vu que le malade a refusé de suivre un traitement spécifique.

Les troubles pupillaires qui n'existaient pas encore en 1924, sont à constater actuellement, de même les troubles du

langage , la réaction de Wassermann est fortement positive.

Quant aux crises épileptiformes dont R. prétend souffrir, on n'a jamais eu l'occasion, durant son séjour à la clinique, d'en observer, de sorte qu'on ne peut pas juger leur nature ni même confirmer leur existence.

Tout comme à l'occasion de son premier examen, la tendance à l'exagération a été constatée à nouveau, se manifestant surtout dans les productions de la mémoire et de l'écriture.

Nous remarquons en effet que c'est toujours en présence des médecins que le malade donne des réponses fausses, tandis qu'il est très cohérent et correct en présence des autres malades ; en écrivant il fait de véritables efforts pour écrire mal et en calculant ce sont ordinairement les calculs les plus faciles qui sont faux, tandis qu'il résoud sans difficulté des calculs plus difficiles.

En passant en revue les constatations faites au sujet de R., nous pouvons donc dire, qu'il a pris recours à la simulation en produisant tout simplement le cliché de « l'homme dément » ; mais sa façon de procéder est tellement maladroite et l'exagération tellement massive, qu'elle doit être considérée comme maladive, car un individu tant soit peu normal au point de vue mental s'y prendrait plus adroitement.

Il faut qu'une personne qui se sert de moyens aussi grossiers pour dépeindre les suites de son accident manque complètement de jugement.

Nous avons en effet constaté chez R. les symptômes d'une paralysie générale progressive en évolution et c'est précisément le manque de critique propre à cette affection qui a motivé toute cette mise en scène outrée des symptômes, rendant ainsi plus facile le diagnostic de la simulation.

Il s'agit donc d'un cas de simulation de la démence par un aliéné, paralytique général, qui a en recours à ce mode de supercherie, en vue d'obtenir un rapport médical favorable à ses revendications.

On n'exprime certainement pas une idée nouvelle en disant que, pour simuler la folie, il faut ne pas jouir tout à fait de son bon sens, et l'expérience a

appris qu'il en est ainsi à presque tous les médecins aliénistes qui sont souvent chargés d'expertises médico-légales.

Depuis que Lasègne déclara que tous les simulateurs qu'il avait eus à examiner, présentaient quelque tare ou quelque défaut d'équilibre dans leurs facultés mentales et écrivit sa phrase mémorable :

« On ne simule bien que ce qu'on a », la simulation des maladies mentales fut presque toujours considérée comme une production pathologique et le simulateur comme un malade ou au moins un dégénéré. Les personnes qui recourent à ce mode de supercherie peuvent être réparties en trois groupes ;

A. — Les individus soi-disant « normaux ».

B. — 1° Les dégénérés dans toutes leurs formes.

2° Les aliénés confirmés et les anciens aliénés.

Pour ce qui concerne la répartition de la simulation dans ces trois groupes, nous pouvons dire que ce sont en première ligne les dégénérés constitutionnels qui simulent la folie, parfois nous y rencontrons des aliénés, rarement des personnes saines d'esprit ou au moins ne présentant pas de troubles constatables.

Considérons maintenant les variétés de psychoses qui sont simulées de préférence par ces différentes catégories d'individus.

Dans le groupe des dégénérés il est permis d'avoir recours, pour expliquer l'attitude de l'individu, à des considérations d'ordre psychologique. Ici se pose la question : « Quelle est l'idée que le laïque se fait de la folie? ». Cette conception dépend en première ligne du degré d'instruction et des connaissances psychiatriques populaires ; comme celles-ci sont très rudimentaires,

on peut, d'après les observations consignées dans la littérature, distinguer surtout deux grands groupes qui sont susceptibles d'être simulés.

1° La démence « excitée », caractérisée par des manifestations plus ou moins tumultueuses et désordonnées.

2° La démence simple « tranquille », sans manifestations motrices.

C'est surtout la première qui répond à l'acte simulateur que le public qualifie du terme « faire le fou », forme que Bleuler vise par la désignation de « Faxensyndrom » (syndrome des farces). A ce sujet il dit (page 177 de sa Schizophrénie 1911) : « Une forme spéciale de la catatonie hyperkinétique est la « Faxenpsychose ». Les malades exécutent continuellement sans cohérence aucune des mouvements cariqués et des grimaces, qui souvent provoquent l'impression que le malade veut « jouer le rôle du fou ». Dans son traité de 1918, Bleuler ne considère plus ce syndrome comme catatonique et il souligne le fait que le diagnostic différentiel du « Faxensyndrom » et des états d'excitation catatoniques est des plus difficiles.

On peut rapprocher en outre ce « syndrome des farces » beaucoup d'un autre syndrome dit « syndrome de Ganser », sorte d'état crépusculaire, mais dont l'élément symptomatique majeur et principal est la réponse absurde, systématiquement « à côté » (vouloir ne pas savoir) ; même aux questions les plus simples, le sujet fait les réponses les plus absurdes ou les plus équivoques. Primitivement imputé à l'hystérie, puis signalé surtout chez les prévenus, ce syndrome n'est en particulier pathognomonique d'aucune affection spéciale. Il a la valeur relative de toutes les discordances

et, comme toutes ces dernières, doit toujours faire penser à la possibilité d'une démence et de fait on l'observe chez des déments précoces, voire chez des organiques.

Le « Faxensyndrom de Bleuler » ne saurait donc être confondu avec le « syndrome de Ganser », auquel il ressemble, sans toutefois lui être identique. En effet la différence principale consiste en ce que dans le « syndrome de Ganser » la tendance à simuler n'existe pas ou du moins n'est pas consciente au malade, ce n'est que l'ignorance ou le parti pris de l'observateur (souvent le juge d'instruction) qui infère dans ces symptômes de pararéaction l'intention consciente de la simulation. Le « Faxensyndrom » par contre est plutôt à considérer comme mise en scène consciente des symptômes de la folie tels qu'ils se représentent dans l'imagination populaire. Il va sans dire que cette remarque est de nature générale ; dans le cas particulier la délimitation du conscient et de l'inconscient, du psychologique et du pathologique est des plus compliquées.

La démence dite « tranquille » qui revêt l'aspect de l'ignorance profonde, du manque d'instruction, est adoptée également par ces simulateurs, de préférence par les traumatisés, dans l'espoir de rencontrer, en la produisant, moins de difficultés que pour la simulation d'autres états ; on joue le mutisme, on agit, on parle et on écrit avec l'absurdité la plus parfaite.

C'est ordinairement dans des attitudes de démence avec apathie complète que se réfugient aussi les débiles ; ils savent que c'est par ce procédé qu'on a le moins de chance de se trahir ou de se compromettre. Mais la simulation par ces individus est le plus souvent

tellement maladroite qu'elle ne manquerait pas d'être reconnue au bout de peu de temps.

Les états de confusion mentale qui sont simulés de préférence par les dégénérés émotifs, peuvent revêtir l'aspect de la folie furieuse ou de l'agitation maniaque ; mais les cas de ce genre ne sont pas très fréquents, vu que la production de ces états demande une grande expérience, une habileté et une force physique exceptionnelles.

En résumant nous pouvons dire que les dégénérés constitutionnels représentent le groupe dans lequel la simulation d'états psychotiques s'observe le plus souvent, ce qui est dû en première ligne à leur besoin d'exagérer, à leur suggestibilité extrême et à la perte des sentiments altruistes. Par leur déficit ils sont en possession d'une instrumentation toute spéciale aux fins de la simulation ; ils exagèrent les symptômes qu'ils ont réellement, ils amplifient un désordre réel préexistant, le cultivent, le développent ; sur leurs tares personnelles qui leur servent de guide, ils greffent une fiction destinée à les agrandir, à leur donner plus de relief. Dans le « gauchissement » (Porot) imprimé à leur psychisme, ils subissent les courants ou les tendances d'un tempérament qui les oriente dans un sens prévisible.

Tandis que nous pouvons parler chez les dégénérés d'exagération de troubles préexistants, la simulation étant due à une différence d'intensité des phénomènes, il n'en est plus de même chez les aliénés confirmés qui ne peuvent pas exagérer leurs symptômes, parce qu'ils sont incapables de les constater vu l'absence de toute autocritique ; il n'y a que les malades se trouvant

dans une période de rémission avec lucidité d'esprit passagère et surtout les anciens aliénés, qui peuvent se rendre compte de leur état et qui peuvent occasionnellement savoir que les « voix » sont considérées par le médecin comme pathologiques. Il est évident qu'on ne rencontre pas la simulation dans les états confusionnels ou dans les cas de démence avancée ; elle est encore extrêmement rare dans les autres formes et c'est surtout au début de la psychose évolutive que nous la rencontrons le plus souvent, comme le démontrent aussi nos deux observations ; car c'est à ce moment que les symptômes encore peu accusés de la maladie permettent d'y recourir.

Rapprochant les deux cas que nous avons rapportés au cours de notre travail, nous constatons que les deux simulent la démence ; mais la façon dont elle est produite varie d'un cas à l'autre : le premier joue l'homme dément en s'encapsulant, pour ainsi dire, dans un état de démence totale, duquel il ne sort que pour se livrer à des productions exagérées et maladroites ressemblant par ce fait beaucoup à celles d'un débile simulateur ; ces différentes manifestations de la simulation ne sauraient être attribuées à la catatonie, vu qu'il ne produit aucun symptôme de dissociation, production qui théoriquement déjà serait impossible et qui pratiquement ne serait possible qu'à un aliéniste. Quant à notre deuxième cas, la démence est simulée d'une façon toute différente. R. produit le cliché de « l'homme dément » d'une façon spéciale, dont l'élément symptomatique principal est l'ignorance, le manque d'instruction, le « n'avoir jamais appris » ou le « avoir tout oublié » ; la paralysie générale, caractérisée par

un état d'affaiblissement de toutes les facultés avec persistance des automatismes ne saurait jamais revêtir cette forme ; le diagnostic de la simulation a été particulièrement facilité par la perte de l'autocritique et du jugement propre à cette affection, expliquant ainsi toute cette mise en scène outrée des symptômes.

Dans les deux cas la simulation ne fait pas de doute, se caractérisant par la mise en scène exagérée des symptômes et leur production maladroite ; c'est cette exécution grossière des tentatives de simulation qui a déjà frappé différents auteurs et ils en ont fait un élément de diagnostic.

En considérant les observations déposées dans la littérature dont nous avons mentionné une partie dans l'introduction, et en ajoutant les nôtres, nous voyons que toutes les formes de psychose sont capables de produire des simulateurs ; mais il est à relever que la schizophrénie semble fournir un apport plus considérable que les autres ; à ce sujet nous citons comme exemples notre premier cas et les observations de Rosenbach et de Schütte, tirées de la littérature ; il est probable que les cas cités par Baillarger et Leppmann concernent également des malades atteints de démence précoce.

Quant à la question des rapports de la nature des psychoses et de la forme préférée de simulation choisie par l'aliéné, nous pouvons dire que la « démence agitée » est adoptée de préférence par des catatoniques et des psychopathes. Les observations de Bleuler sur le « Faxensyndrom » et surtout l'évolution de l'opinion de cet auteur sur la nature de ce syndrome prouvent que c'est la schizophrénie et la psychopathie qui livrent le principal contingent de cette forme.

Les paralytiques généraux sont également capables de simuler un état de démence complète, comme le démontre notre 2e observation, mais c'est surtout la « démence tranquille » qui est choisie par eux.

Il nous reste à dire quelques mots sur la psychologie pathologique de la simulation. Nous sommes forcés d'être brefs, vu que nous n'avons que nos deux cas à notre disposition et qu'il n'est pas possible d'utiliser les cas mentionnés dans la littérature. L'aliéné qui veut simuler la folie est, de même que l'individu bien-portant, guidé par la représentation qu'il se fait de la folie. Nous voyons nos deux cas simuler la « démence tranquille », tout comme le ferait un simulateur non aliéné. Ce ne sont que les individus se trouvant en possession consciente d'une symptomatologie clinique de troubles mentaux qui peuvent dans leur simulation serrer de près la réalité clinique. Ce sont les dégénérés et les anciens aliénés qui ont l'autocritique de leurs symptômes (les dégénérés) ou qui (les aliénés chroniques) ont dans l'intervalle l'autocritique de la phase aiguë. Il existe des aliénés chroniques qui n'ont pas cette critique, mais qui sont suffisamment intelligents pour constater quels sont les symptômes que leur médecin considère comme pathologiques (voix, idées délirantes) et par cette science sont capables de simuler ou de dissimuler ces symptômes. La question si un malade à l'état aigu de la psychose, surtout dans une psychose non affective, peut être capable de simuler ou d'exagérer des symptômes dont il n'a pas l'autocritique, serait des plus intéressantes, mais elle n'est pas à résoudre par des spéculations fantaisistes qui quitteraient le terrain de l'observation clinique.

CONCLUSIONS.

L'aliéné peut simuler la folie ; cette simulation revet le même aspect que celle des simulateurs non aliénés. Il simule, comme nos deux cas, de préférence des états de démence [forme tranquille ou forme excitée (Faxensyndrom de Bleuler)].

Les aliénés chroniques et surtout ceux qui se trouvent dans des états de rémission peuvent utiliser pour la simulation et la dissimulation les connaissances acquises pendant le séjour à la clinique ou à l'asile ; c'est ainsi que les hallucinés chroniques savent très bien que le médecin attache une grande importance aux hallucinations et ils essayent de les simuler ou de les dissimuler à leur gré ; mais un seul symptôme ne constitue pas une psychose.

La question, si des malades peuvent exagérer les symptomes existants dans un but de simulation, mais ceci d'une façon plus ou moins inconsciente (comme les traumatisés sont portés à exagérer les suites de l'accident pour obtenir une rente plus élevée), n'est pas à trancher d'une façon générale. Dans notre cas S. la stupeur simulée devait, selon toute vraisemblance, provoquer l'impression de la démence complète ; mais il est frappant que l'état

psychotique non simulé qui s'est développé ultérieurement, ait aussi pris la forme clinique de la stupeur.

Vu :

Le Président de la thèse :

PFERSDORFF.

Vu :

Le Doyen de la Faculté :

WEISS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Strasbourg
Président du Conseil de l'Université

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE.

BISCHOFF ERNST : Simulation von Geistesstörungen. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.* Band 62, p. 124.

DAGONET H. : Aliénation mentale méconnue. *Annales médico-psychologiques.* Tome 1889. Ire partie, p. 406.

EPSTEIN L. : Pathogenese der krankhaften Simulation von Geistesstörung. *Allgemeine Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie.* Band 55, p. 76.

FÉRÉ : Note sur le rôle pathogène de la simulation. *Archives de Neurologie.* Tome 1905. 2e partie, p. 389.

FRITSCH J. — Erfahrungen über Simulation von Irresein und das Zusammentreffen derselben mit wirklicher geistiger Erkrankung. *Jahrbücher für Psychiatrie.* Bd. 8, p. 115.

GELMA EUGÈNE : Etude à l'aide de photographies d'un cas de simulation de troubles mentaux pendant la guerre. *Revue Neurologique* N° 3 (Mars 1920).

FUERSTNER (Heidelberg) : Simulation geistiger Störungen. *Archiv für Psychiatrie.* Bd. 19, 3. Partie, p. 601.

HENRIK A. (Norvège) : Ein Fall von simulierter Geisteskrankheit. *Zeitschrift für Psychiatrie.* Band 56, p. 407.

Hoche : Simulation und Dissimulation geistiger Störung. *Gerichtliche Psychiatrie,* p. 567.

KIERNAN (Chicago) : Simulation de la folie par un aliéné. *Annales médico-psychologiques.* Tome 1886, Ire partie, p. 299.

KOENIG H. : Beiträge zur Simulationsfrage. *Archiv für Psychiatrie.* Band 58, p. 667.

KRAFFT-EBING : Die Simulation der Seelenstörungen und ihre Ermittlung. *Criminalpsychologie.* Stuttgart 1879

KRELL : Über Simulation und Dissimulation von Geistesstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie*, Band 56, p. 454.

KÜRBITZ : Ein Beitrag zur Frage von Simulation und Geisteskrankheit. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. Band 77, p. 155.

LAURENT ARMAND : Etude Médico-Légale sur la Simulation de la Folie. Paris 1866.

LEPPMANN : Simulation d'aliénation mentale intercalée entre un accès de vésanie et une rechute. *Archives de Neurologie*. Tome 1892. 24, p. 100.

LONGARD : Über « Moral insanity ». *Archiv für Psychiatrie*. Band 43, p. 222.

MEZGER : Simulation und Dissimulation von Geisteskrankheiten. *Monatsschrift für Kriminalpsychologie*. Heft 10, p. 585.

PERETTI : Simulation von Geisteskrankheit. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Band 4, p. 234.

ROSENBACH P. : Drei Fälle simulierter Geistesstörung mit dem Symptom « Falsche Antworten ». *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. Bd. 65, p. 978.

SCHOTT : Simulation und Geistesstörung. *Archiv für Psychiatrie*. Band 41.

SCHUTTE (Osnabrück) : Über Simulation von Geisteskrankheit. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. Band 67, p. 887.

SIEMENS : Zur Frage der Simulation von Seelenstörung. *Archiv für Psychiatrie*. Band 14, 1re partie, p. 40.

THIVET : Simulation sur une base morbide. *Archives de Neurologie*. Tome 1907. 1re partie, p. 150.

1927 - Strasbourg
Imp. des Éditions Universitaires de Strasbourg